

インフルエンザ（皮下接種）ワクチンの注意点

<接種対象となる方>

生後6か月～

13歳未満は2回、13歳以上は1回

<接種できない方>

重度の卵アレルギーをお持ちの方

鼻噴霧フルミストワクチン（4価）接種の注意点

<接種対象となる方>

- ・2歳以上、59歳以下

<接種できない方>

- ・2歳未満の方、60歳以上の方
- ・喘息の方
- ・重度の卵アレルギーをお持ちの方
- ・心、肺、腎機能に問題がある方。
- ・妊娠中の方。
- ・過去4週間以内に、生ワクチンの接種をしている方
- ・過去2週間以内に不活化ワクチンをしている方
- ・その他、医師が接種不相当と認めた方

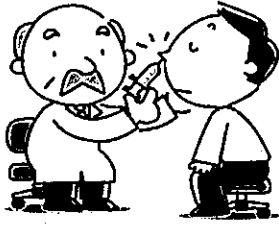
※鼻噴霧フルミストは、米国では年間1500万人が接種し、アメリカ食品医薬品局が認可している、副作用がほとんどないワクチンですが、残念ながら日本ではいまだに認可されていません。現在、厚生局への薬事申請をしていますが、万が一副作用が出た場合は、ワクチン輸入商社による輸入ワクチン副作用被害救済補償制度の適応となります。ご了承よろしくお願いたします。

詳しくは下記ホームページまで。

<https://www.monzen.co.jp/html/newpage.html?code=35>

不明な場合は、事前に医師にご相談をお願い致します。

インフルエンザワクチン フルミスト 予防接種問診票



診察券 No ()

予防接種を受ける者の氏名	男女	昭和 平成 令和	年	月	日生	才	ヶ月
保護者氏名	電話 ()						
住所							

① 今日の体温は何度でしたか	度	分		
② 今、又は最近、何かの病気で医師にかかったことがありますか あれば、病名() 年 月 日	はい	いいえ		
③ 今までインフルエンザワクチンを受けたことがありますか	はい	いいえ		
④ アレルギー性の体質がありますか 喘息 湿疹 食物(卵 その他() 薬物()	はい	いいえ		
⑤ 今迄にけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか (てんかんのけいれんも含む) 最後のけいれん(ひきつけ)をおこしたのはいつですか 年 月 日	はい	いいえ		
⑥ 現在、心臓、腎臓、肝臓、その他何か重い病気にかかっていますか あれば、病名()	はい	いいえ		
⑦ 1か月以内に次の予防接種を受けたことがありますか (はしか 風疹 ポリオ BCG おたふくかぜ 水ぼうそう その他) 1週間以内に次の予防接種を受けたことがありますか (インフルエンザ 日本脳炎 B型肝炎 ヒブ 肺炎球菌 子宮頸がん 二種混合 三種混合 四種混合 その他)	はい	いいえ		
⑧ 今迄に予防接種を受けて具合悪くなったことがありますか 何の予防接種() どういう症状() 年 月 日ごろ	はい	いいえ		
⑨ その他健康状態で医師に伝えておきたいことがあれば ()				
医師記入欄	※特記事項		※異常所見	
	接種についての医師の判定	不相当	相当	Lot No.
	令和 年 月 日	接種医師氏名 (印)		

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (は い ・ 見合えます)	保護者のサイン
--	---------